

Inhalt

I	<i>Allgemeine Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“</i>	2
§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	2
§ 2	Welche zusätzlichen Leistungen erbringen wir, wenn ein Rentenanspruch entstanden ist?	7
§ 3	Was sind Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	8
§ 4	Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik im Rentenbezug vereinbart haben (optionale Leistung)?	10
§ 5	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	10
§ 6	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	11
§ 7	Unter welchen Voraussetzungen ist eine Verlängerung der Vertragslaufzeit und der Leistungsdauer ohne Gesundheitsprüfung möglich?	11
§ 8	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	12
§ 9	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	12
§ 10	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	13
§ 11	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	14
§ 12	Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?	14
§ 13	Können die Beiträge für diese Versicherung angehoben werden?	14
§ 14	Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	14
§ 15	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	15
§ 16	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit verlangt werden?	16
§ 17	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	18
§ 18	Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	18
§ 19	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	18
§ 20	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	18
§ 21	Wer erhält die Versicherungsleistung?	19
§ 22	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	19
§ 23	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	19
§ 24	Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	19
§ 25	Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?	19
§ 26	Welche Sanktionen führen zum Ausschluss des Versicherungsschutzes?	19
§ 27	Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?	20
§ 28	Wo ist der Gerichtsstand?	20
§ 29	Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren stehen zur Verfügung?	20
II	<i>Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung</i>	20
III	<i>Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Berufsunfähigkeitsversicherung</i>	21
IV	<i>Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung</i>	22
§ 1	Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen?	22
§ 2	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	22
§ 3	Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	22
§ 4	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	23
§ 5	Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	23
V	<i>Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Definition der versicherten schweren Erkrankungen eines minderjährigen Kindes</i>	23

Guten Tag,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

I Allgemeine Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

1. Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig (vgl. § 3), so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmals anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode;
- b) volle Befreiung von der Beitragspflicht.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

2. Versicherungsdauer ist der Zeitraum, in dem Versicherungsschutz besteht. Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.

Ist eine gegenüber der Versicherungsdauer längere Leistungsdauer vereinbart, so werden Ansprüche, die durch Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch dann noch anerkannt, wenn sie nach Ablauf der Versicherungsdauer geltend gemacht werden, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Entsprechendes gilt für den Fall, dass eine innerhalb der Versicherungsdauer fällig gewordene Leistung infolge Wiederherstellung der Berufsfähigkeit (Reaktivierung) erloschen ist und nach Ablauf der Versicherungsdauer eine erneute Berufsunfähigkeit angezeigt wird, die ihren Ursprung in der ersten Berufsunfähigkeit hat.

Unsere Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

3. Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer arbeitsunfähig (vgl. § 3 Nr. 17 und 18), erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung einer Arbeitsunfähigkeitsrente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, insgesamt maximal 36 Monatsrenten;
- b) volle Befreiung von der Beitragspflicht, insgesamt maximal für 36 Monate.

Unsere schnelle Leistung im Falle einer Krebserkrankung

4. Bei Eintritt einer Krebsdiagnose (Erstdiagnose) im Sinne der Bedingungen (vgl. Nr. 22 und 23) der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer zahlen wir eine Leistung in Höhe von insgesamt maximal bis zu 15 Monatsrenten. Voraussetzung hierfür ist, dass die Erstdiagnose nach Ablauf der Wartezeit gemäß Nr. 7 gestellt wurde.

5. Die Leistung im Falle einer Krebserkrankung endet vorzeitig bei dem Eintritt eines der folgenden Ereignisse während des 15-monatigen Leistungszeitraumes:
 - a) mit dem Ablauf der Leistungsdauer des Versicherungsvertrages;
 - b) mit dem Tod der versicherten Person;
 - c) bei der Anerkennung einer Leistung aus der Berufsunfähigkeit (vgl. Nr. 1 und 2) bzw. aus der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Nr. 3) zum Wirksamkeitstermin der Anerkennung. Die ab diesem Termin bereits erbrachten schnellen Leistungen wegen Krebserkrankung werden mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet;
 - d) wenn trotz Krebserkrankung innerhalb der 15 Monate eine berufliche Tätigkeit tatsächlich ausgeübt wird.
6. Nach Eintritt des ersten Versicherungsfalles aufgrund einer Krebserkrankung wird keine Versicherungsleistung für weitere Krebsdiagnose gezahlt, auch dann, wenn die erneute Krebsdiagnose eine Erstdiagnose darstellt.
7. Die Versicherungsleistung gemäß Nr. 4 wird frühestens nach der Wartezeit fällig. Die Wartezeit beträgt sechs Monaten ab dem Abschluss des Versicherungsvertrages. Dies ist der Zeitpunkt zu dem wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages angenommen haben, frühestens jedoch der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn.
8. Wenn die Erstdiagnose gemäß Nr. 4 während der Wartezeit gestellt wurde, erfolgt keine Leistung.
9. Sind zu einer Krebserkrankung im Sinne von Nr. 22 und 23 bereits Symptome während der Wartezeit gemäß Nr. 7 aufgetreten, ist eine Leistung aufgrund dieser Krebserkrankung ausgeschlossen.

Unsere schnelle Leistung bei plötzlichem Rollstuhlbedarf

10. Kann die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen nur mit Hilfe eines Rollstuhles fortbewegen, zahlen wir einmalig eine Leistung in Höhe von insgesamt maximal bis zu 15 Monatsrenten.
11. Die Leistung für den ständigen Rollstuhlbedarf endet vorzeitig bei dem Eintritt eines der folgenden Ereignisse während des 15-monatigen Leistungszeitraumes:
 - a) mit dem Ablauf der Leistungsdauer des Versicherungsvertrages;
 - b) mit dem Tod der versicherten Person;
 - c) bei der Anerkennung einer Leistung aus der Berufsunfähigkeit (vgl. Nr. 1 und 2) bzw. aus der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Nr. 3) zum Wirksamkeitstermin der Anerkennung. Die ab diesem Termin bereits erbrachten schnellen Leistungen wegen des ständigen Rollstuhlbedarfs werden mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet;
 - d) falls sich innerhalb der 15 Monate der Gesundheitszustand soweit bessert, dass der ständige Rollstuhlbedarf nicht mehr gegeben ist.

Unsere schnelle Leistung bei Erwerbsminderung

12. Wenn die deutsche Rentenversicherung eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente allein aus gesundheitlichen Gründen anerkennt, liegt im Sinne unserer Bedingungen Berufsunfähigkeit vor. Dies gilt nur, wenn bei Vertragsabschluss kein individueller Leistungsausschluss vereinbart wurde, der Vertrag schon seit mindestens 10 Jahren besteht und die Restlaufzeit des Vertrages noch maximal 15 Jahre beträgt.

Weitere Regelungen zu unseren Leistungen

Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit

13. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Beginn des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 3 eingetreten ist.
14. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Rentenleistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 5).
15. Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge weiter entrichten; wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst mit dem Rechnungszins des Vertrages zurückzahlen. Auf Ihren Wunsch hin sind wir bereit, die Beiträge bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden. Im Falle eines Rechtsstreits über unsere Leistungspflicht stunden wir Ihnen die Beiträge bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung. Nach einer abschlägigen Entscheidung sind die gestundeten Beiträge innerhalb von 30 Tagen nachzuzahlen. Anstelle der Zahlung der offenen Beiträge innerhalb dieser Frist können Sie die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung bzw. durch Verrechnung mit dem Guthaben oder den Gewinnanteilen tilgen oder in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Falle nicht.
16. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn
 - Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (§ 3 Nr. 13 bis 16), wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
 - die versicherte Person stirbt oder
 - die vereinbarte Leistungsdauer abläuft.Einzelheiten zu den ersten beiden Aufzählungspunkten regelt § 18 Nr. 3.

Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

17. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 3 Nr. 18 eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Berufsunfähigkeitsversicherung. Die Arbeitsunfähigkeit muss uns in Textform mitgeteilt werden. Eine frühzeitige Mitteilung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche.

18. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit endet, wenn
 - die Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingung nicht mehr vorliegt,
 - die vereinbarte Leistungsdauer dieses Vertrags abläuft,
 - die maximale Anzahl der Monatsrenten wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurde,
 - Leistungen wegen Berufsunfähigkeit aus diesem Vertrag erbracht werden oder
 - die versicherte Person stirbt.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir für maximal 36 Monate. Zeiträume, für die bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, werden auf diesen maximalen 36-monatigen Leistungszeitraum angerechnet.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit (vgl. § 16 Nr. 1 h)) vorgelegt werden. Dabei akzeptieren wir Bescheinigungen bis zu zwei Monate in die Zukunft.

Arbeitsversuche im Rahmen einer ärztlich verordneten stufenweisen Wiedereingliederung stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

19. Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass die versicherte Person berufsunfähig ist, erbringen wir zu Beginn des nächsten Monats nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt enden die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.
20. Der Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, und dem Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, für den wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, wird nicht auf die maximale Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 36 Monaten angerechnet.
21. Wir leisten nicht gleichzeitig wegen Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit.

Wann liegt der Versicherungsfall „Krebserkrankung“ im Sinne der Bedingungen vor?

22. Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn ein invasiv wachsender Krebs, der sich durch ein eigenständiges Wachstum auszeichnet und bereits in das umliegende Gewebe eingedrungen ist oder Metastasen (Fernableger) gebildet hat, eindeutig festgestellt wurde. Bei Krebsvorstufen und Krebsfrühformen wie zum Beispiel das Carcinoma in situ (Cis) oder Gebärmuttermundveränderungen wie die Zervixdysplasie (CIN I-III, PAP 1-4) wird daher nicht von uns geleistet. Unter dem Begriff „Krebs“ verstehen wir auch bösartige Tumore des Blutes (Leukämien), der blutbildenden Organe und des Lymphsystems (Morbus Hodgkin, maligne Lymphome). Die Diagnose muss durch Vorlage des histopathologischen Befundes bestätigt werden.
23. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
 - Chronisch lymphatische Leukämie mit einem Schweregrad unter RAI Klasse I oder Binet Klasse A1;
 - Hautkrebs, der nicht dem schwarzen Hautkrebs (dem malignen Melanom) zugeordnet werden kann, wie zum Beispiel der weiße Hautkrebs;

- Schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom) in den frühen Stufen T1 und T2. Liegen bereits Metastasen vor, dann leisten wir auch in diesen frühen Stufen;
- Prostatakrebs Stadium T1;
- Schilddrüsenkrebs, wenn er als papillär eingestuft wurde und die Stufen T1–T3 aufweist. Liegen bereits Metastasen des Krebses außerhalb der Schilddrüse vor oder ist der Tumor in andere Organe eingewachsen, dann leisten wir auch in diesen Stufen;
- Harnblasenkarzinom des Stadiums T1;
- Non-Hodgkin-Lymphome des Stadium 1 (nach der Ann Arbor Klassifikation).

Der feingewebliche Nachweis kann nicht ersetzt werden durch Testverfahren, die lediglich auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder Tumor-assoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl beruhen.

Unsere zusätzlichen Leistungen bei Berufsunfähigkeit im Rahmen des BU-Konzepts XXL

24. Schwere Krankheit eines Kindes

Falls bei einem leiblichen oder adoptierten Kind der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen eintritt, das Kind mindestens ein Jahr alt ist und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir beim Eintritt einer schweren Krankheit eines Kindes gemäß Abschnitt V (Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Definition der versicherten schweren Erkrankungen) einmalig zwölf Monatsrenten, maximal jedoch 30.000 €. Der Anspruch auf diese Zusatzleistung entsteht nach Ablauf von vier Wochen seit der Diagnose des behandelnden Arztes, sofern das betreffende Kind diesen Zeitpunkt erlebt. Ausnahmen sind bei einzelnen schweren Krankheiten im Abschnitt V beschrieben.

Die Leistung wird einmalig gezahlt, auch wenn mehrere schwere Krankheiten gleichzeitig oder nacheinander eintreten bzw. wenn bei weiteren Kindern der versicherten Person eine schwere Krankheit auftritt. Falls für die versicherte Person mehrere Verträge bestehen, wird diese Zusatzleistung ebenfalls nur einmal fällig.

Der Anspruch auf diese Zusatzleistung entsteht frühestens ein Jahr nach der Zahlung des Einlösebeitrages. Tritt vor diesem Zeitpunkt oder im ersten Lebensjahr des Kindes für die schwere Krankheit erstmalige Symptome auf oder ist die schwere Krankheit direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen, die bereits im ersten Lebensjahr des Kindes oder vor Vertragsabschluss oder zum Zeitpunkt der Adoption bestand, besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistung.

25. Sofortleistungen bei schweren Unfallverletzungen

Bei den nachfolgend beschriebenen schweren Verletzungen in Folge eines Unfalls, die nicht zur Berufsunfähigkeit führen, erhalten Sie eine Sofortleistung in Höhe von zwölf Monatsrenten, maximal jedoch 12.000 €:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- Amputation einer Hand oder eines Fußes,

- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche,
- Schädel-Hirn-Trauma II. oder III. Grades,
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (es müssen mindestens zwei der vier nachstehenden Kategorien betroffen sein):
 - Bruch eines Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - Wirbelkörperbruch,
 - Beckenbruch,
 - gewebeerstörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Niere.

Tritt die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres nach dem Unfallzeitpunkt ein, verrechnen wir die ausgezahlte Sofortleistung mit den dann fälligen Berufsunfähigkeitsrenten.

Die Sofortleistung in Folge eines schweren Unfalls kann einmalig in Anspruch genommen werden, auch wenn für die versicherte Person mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

26. Kinder-Bonus

Bei einer anerkannten Berufsunfähigkeitsleistung erhöht sich die monatlich garantierte Berufsunfähigkeitsrente für sechs Monate um 50 % bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:

- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person

Die Zahlung dieser Bonusrente beginnt zum 1. des Folgemonats nach der Geburt oder der Adoption eines Kindes und endet nach Ablauf von sechs Monaten, sofern für diesen Zeitraum der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 3 besteht.

Die maximale Bonusrente beträgt für sechs Monate monatlich 1.000 €. Endet der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente während dieses sechsmonatigen Zeitraums gemäß § 3, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Zahlung der Bonusrente.

Auch bei Eintritt mehrerer Ereignisse wird die Bonusrente nur einmalig gewährt, wenn zwischen den einzelnen Ereignissen nicht mehr als sechs Monate vergangen sind.

Die Bonusrente kann während der gesamten Laufzeit des Vertrages nur einmal beantragt werden.

Die Erhöhungs-Leistung ist auf 6.000 € begrenzt.

Uns sind geeignete Nachweise dafür vorzulegen, dass die jeweiligen Voraussetzungen für die Bonusrente eingetreten sind (z. B. Geburtsurkunde oder Adoptionsurkunde).

Diese Zusatzleistung wird nicht gewährt, wenn wir gemäß § 9 zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung berechtigt sind bzw. eine Ablehnung gemäß § 8 erforderlich ist.

27. Leistung bei schwerer Krankheit bei einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten

Bei Nachweis der Diagnose einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten, die nach Zustandekommen des Vertrags und mindestens zwölf Monate vor Ende der Leistungsdauer gestellt wird, zahlen wir für zwölf Monate die Berufsunfähigkeitsrente, die zum Zeitpunkt der Diagnose der schweren Krankheit gültig ist, in einem Betrag. Die gültige Berufsunfähigkeitsrente ist zu jeder Zeit die Rente, die auf Ihrem Versicherungsschein bzw. auf Nachträgen zu Versicherungsschein angegeben ist oder die nachträglich zwischen Ihnen und uns vereinbart worden ist.

Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führen wird, und bei der keine weitere Behandlung und/oder nur eine rein schmerzlindernde (palliative) Therapie erfolgen kann. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahmen eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

Überlebt die versicherte Person den 12-monatigen Zeitraum, so bleibt der Vertrag bestehen und die Rentenzahlung beginnt bzw. wird wiederaufgenommen bis zum Tode der versicherten Person bzw. bis zum Ende der Leistungsdauer, sofern weiterhin eine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vorliegt. Dass die versicherte Person überlebt hat, ist uns mit Ablauf des 12-monatigen Zeitraumes mitzuteilen.

Die vorgezogene Leistung bei schwerer Krankheit wird dann nicht gewährt, wenn die schwere Krankheit auf Umstände gemäß § 8 zurückzuführen ist oder auf Umstände, deren Nichtanzeige zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung nach § 9 berechtigt.

28. Assistance-Leistungen

Die nachstehenden Leistungen gewähren wir ohne gesonderte Beitragsberechnung. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Lebensversicherungen, können diese Leistungen nur aus einer Versicherung beantragt werden.

28.1 24-Stunden-Hilfe

Über unser 24-Stunden-Service-Telefon stehen wir Ihnen an sieben Tagen in der Woche unter der Rufnummer 0611 2787-336 rund um die Uhr zur Verfügung.

Wenn Sie von außerhalb Deutschlands bei uns anrufen, wählen Sie bitte zuerst die Ländervorwahl 0049 (gilt in den meisten Ländern; im Einzelfall erkundigen Sie sich bitte vor Ort nach der Ländervorwahl). Lassen Sie dabei die erste „0“ unserer Service-Rufnummer weg.

Wir helfen Ihnen in den nachstehend beschriebenen Situationen und informieren, falls gewünscht, die von Ihnen benannten Personen oder Institutionen.

Im Ausland helfen wir Ihnen bei Verständigungsproblemen mit Ärzten, Rechtsanwälten und Behörden im Zusammenhang mit den von uns zu erbringenden Leistungen.

Die Hilfeleistungen können allerdings nur übernommen werden, wenn den von uns beauftragten Dienstleistern die dazu erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen erteilt werden.

28.2 Medikamentenversand

Sind für eine medizinisch notwendige Behandlung im Ausland infolge von Krankheit oder Unfall erforderliche Arzneimittel, Hilfsmittel oder Geräte vor Ort nicht erhältlich, organisieren wir die Zusendung.

28.3 Änderungen des Reiseverlaufs

Kann während einer Reise aufgrund von Krankheit oder Unfall der versicherten Person die Heimreise nicht wie geplant angetreten werden, organisieren wir die Änderung des Reiseablaufs für die versicherte Person und die mitreisenden Familienangehörigen. Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Personen organisieren wir im Bedarfsfall eine Begleitperson.

28.4 Krankenbesuch

Muss die versicherte Person während einer Auslandsreise aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls im Krankenhaus behandelt werden, organisieren wir den Besuch einer nahestehenden Person.

28.5 Kinderbetreuung und Haushaltshilfe

Ist die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht zu der ihr obliegenden Versorgung und Beaufsichtigung der in ihrem Haushalt lebenden Kinder in der Lage, organisieren wir eine Kinderbetreuung oder Haushaltshilfe.

28.6 Haustierbetreuung

Ist die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht zur Versorgung ihrer Haustiere in der Lage, organisieren wir die Unterbringung der Tiere. Wurden die Tiere auf einer Reise mitgeführt, organisieren wir zusätzlich den Heimtransport. Als Haustiere gelten Hunde, Katzen und andere heimische Kleintiere, jedoch keine Exoten.

28.7 Leistungen bei Todesfall auf Reisen

Bei Tod der versicherten Person organisieren wir die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Ereignete sich der Todesfall im Ausland, organisieren wir – nach Abstimmung mit den Angehörigen – die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

28.8 Vermittlung einer psychologischen Hilfestellung für Bezugsberechtigte

Wir organisieren eine individuelle, persönliche psychologische Unterstützung nach Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person.

28.9 Vermittlung weiterführender Beratung zu staatlichen Anspruchsleistungen für Bezugsberechtigte
Wir vermitteln weiterführende Beratungen für Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung oder zu sonstigen Ansprüchen auf Unterstützungsleistungen durch öffentliche Einrichtungen etc. nach Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person.

28.10 Gesundheitsnavigator

Wir bieten Ihnen zusätzlich umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen
- geplanten Krankenhausaufenthalten

Wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

Wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

Außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung

Allgemeine medizinische Beratung

- Aktuelle Gesundheitsthemen, Erkrankungen und deren Ursachen sowie Verletzungen
- Diagnostik und Therapiestandards sowie alternative Therapien und Naturheilverfahren
- Impfung und Ernährung

Zahnmedizinische Beratung

- Allgemeine zahnärztliche Themen

Reisemedizinische Beratung

- Empfohlene bzw. notwendige Impfungen
- Reiseapotheke
- Art und Ausbreitung von Krankheiten am Reiseziel

Präventionsberatung

- Fitness und Bewegung
- Stressbewältigung, Work Life Balance und Entspannung
- Vereinbarung von Familie und Beruf

Vermittlung von Spezialisten und Einrichtungen

- Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Reha-Zentren
- Psychologen und Heilpraktiker
- Pflegedienste und Pflegeheime

Arzneimittelberatung

- Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen
- Wirkstoffe und Generika
- Bezug von rezeptpflichtigen Arzneimitteln im Ausland

Ärztliche Zweitmeinung

- Absicherung von Diagnosen und Therapievor schlägen
- Beratung durch einen Arzt per Telefon
- Bei Bedarf Vermittlung eines Termins bei Spezialisten

28.11 24 Stunden Pflegeheimplatzgarantie

Wir garantieren bei Eintritt des Pflegefalls die Organisation zur Unterbringung der pflegebedürftigen Person in einer vollständigen Pflegeeinrichtung in der Bundesrepublik Deutschland innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis (innerhalb 50 km) des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Sofern ein bereits vorhandener oder durch die zuvor beschriebenen Leistungen des Versicherers zur Verfügung gestellter Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützen wir bei der Suche und organisieren einen langfristig gewünschten oder geeigneten Pflegeheim-platz.

28.12 Case Management/Medizinische Rehabilitation

Im Falle einer Krankheit, eines Unfalls sowie eines unmittelbar drohenden oder bereits eingetretenen Versicherungsfalls haben Sie Anspruch auf eine Beratung zur Unterstützung bei Fragen der medizinischen Versorgung und Rehabilitation.

Wir beraten Sie zu geeigneten Behandlungs-, Therapie- und Reha-Maßnahmen.

Wir vermitteln geeignete Behandler, Einrichtungen und Selbsthilfegruppen.

Wir informieren über sozialversicherungsrechtliche Bestimmungen sowie über mögliche andere Kostenträger bzw. Behörden und Regressmöglichkeiten.

Wir unterstützen bei der Beantragung von Leistungen, Geltendmachung von Ansprüchen und der Beschaffung und Zusammenstellung der notwendigen Nachweise und Unterlagen.

In begründeten Fällen erfolgt auf Wunsch eine Überwachung und Steuerung der Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen durch Fallmanager eines medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes.

- 28.13 **Pflegenavigator**
- Wir bieten Ihnen zusätzlich umfangreiche Serviceleistungen unseres Pflgetelefons, die Sie nach Eintritt der Berufsunfähigkeit in Anspruch nehmen können. Unsere Experten beraten Sie und organisieren für Sie bei Bedarf Dienstleister für
- Menü-Service
 - Einkäufe und Besorgungen
 - Wohnungsreinigungen
 - Wäsche-Service
 - Begleitung bei Arzt-/ Behördengängen
 - Kinderbetreuung
 - Fahrdienste für Kinder
 - Haustierbetreuung
 - Gartenpflege
 - Umbauberatung
 - Pflegeschulung
 - Installation von Hausnotrufen
 - Tag- und Nachtwache

Einschränkungen während einer beitragsfreien Zeit

29. Der Anspruch auf die Zusatzleistungen gemäß Nr. 24 bis Nr. 28 entfällt für den Zeitraum, in dem der Vertrag gemäß § 11 bzw. § 14 in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt wird.

Geltungsbereich

30. Der Versicherungsschutz besteht weltweit, auch wenn die versicherte Person nach Vertragsabschluss ihren Wohnsitz und/oder ihren Arbeitsplatz ins Ausland verlegt. Die Verlegung des Wohnsitzes ist uns vor dem Umzug mitzuteilen.

§ 2 Welche zusätzlichen Leistungen erbringen wir, wenn ein Rentenanspruch entstanden ist?

1. Ist ein Anspruch auf Rentenzahlung entstanden, erbringen wir folgende Zusatzleistungen:

a) Behinderungsbedingte Kosten

Innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nach Eintritt der Berufsunfähigkeit übernehmen wir die Kosten für folgende Maßnahmen bis zu einer Höhe von insgesamt zwei Monatsrenten, höchstens aber 10.000 €, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der Berufsunfähigkeit erforderlich werden:

- behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person;
- behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung;
- Prothesen und Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl);
- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

Die Kosten sind uns anhand entsprechender Belege nachzuweisen. Im Falle eines zeitlich begrenzten Anerkennnisses (vgl. § 17 Nr. 2) entsteht kein Anspruch auf diese Leistung.

b) Rehabilitationshilfen

Wir übernehmen die Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen bis zu einer Höhe von zwei Monatsrenten, höchstens 10.000 €, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch früher erfolgen kann.

c) Hilfen zur Umorganisation

Wenn die versicherte Person nach einer Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereiches wieder ihren bisherigen Beruf oder eine andere Tätigkeit so ausübt, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 mehr gegeben ist und unsere Leistungspflicht daher endet, beteiligen wir uns an den Umgestaltungskosten bis zu einer Höhe von sechs Monatsrenten, höchstens aber 30.000 €.

d) Wiedereingliederungshilfen

Endet der Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, weil Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 nicht mehr gegeben ist, zahlen wir als Einmalleistung eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe entsteht an dem Tag, an dem die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden muss (vgl. § 18 Nr. 3). Nach Ablauf eines zeitlich befristeten Anerkennnisses (vgl. § 17 Nr. 2) wird eine Wiedereingliederungshilfe nicht gezahlt. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Versicherungsdauer zweimal in Anspruch genommen werden, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtsumme von 30.000 € während der Laufzeit des Vertrages, auch wenn diese verlängert wurde. Tritt innerhalb eines Jahres ab Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe erneut Berufsunfähigkeit ein, entfällt der Anspruch auf diese Wiedereingliederungshilfe. Ist diese Wiedereingliederungshilfe bereits ausgezahlt, so wird sie mit zukünftigen Versicherungsleistungen verrechnet.

2. Obergrenzen für Zusatzleistungen

Die Summe der von uns als behinderungsbedingte Kosten, Rehabilitationshilfen, Hilfen zur Umorganisation und Wiedereingliederungshilfen zu erbringenden Leistungen ist während der Versicherungsdauer auf insgesamt zwölf Monatsrenten, höchstens aber 30.000 €, begrenzt.

§ 3 Was sind Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

a) Berufsunfähigkeit

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder altersentsprechenden sowie mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich außerstande sein wird, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf wie in gesunden Tagen nachzugehen (= Verzicht auf abstrakte Verweisung) und auch keine andere Tätigkeit konkret ausübt, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (= konkrete Verweisung). Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraumes.

2. Eine Tätigkeit entspricht dann der bisherigen Lebensstellung, wenn
 - sie wirtschaftlich und hinsichtlich ihrer sozialen Wertschätzung mit dem zuletzt ausgeübten Beruf vergleichbar ist und
 - das daraus erzielbare jährliche Einkommen mindestens 80 % des durchschnittlichen Einkommens aus Erwerbstätigkeit der letzten drei Jahre vor der Berufsunfähigkeit beträgt.

Bei der Ermittlung werden krankheitsbedingte Einkommensausfälle ausgeglichen. Die Umstände des Einzelfalles werden bei der Festlegung der zumutbaren Einkommensminderung berücksichtigt. Sollte der Bundesgerichtshof einen höheren Prozentsatz für das durchschnittliche Einkommen festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

3. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt ebenso vor, wenn für die zuletzt in gesunden Tagen zu mindestens 50 % ausgeübte Tätigkeit, wegen einer Infektion oder wegen der Gefahr einer Infizierung Dritter, durch die zuständige Behörde ein vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausgesprochen wird (Infektionsklausel). Das vollständige Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes entfällt der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistung. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit zu mehr als 50 % konkret ausübt, die entsprechend ihrer Ausbildung und Fähigkeiten und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt werden kann, und die ihrer Lebensstellung gemäß Nr. 2 entspricht, die vor Eintritt des Tätigkeitsverbotes bestanden hat.

4. Als Beruf gilt die berufliche Tätigkeit, die zuletzt ohne erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt wurde. Setzt sich die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus einer Teil-Erwerbstätigkeit und einer Haushaltsführung zugunsten anderer im Sinne von Nr. 6 a) (Hausfrau/Hausmann) und/oder zur Versorgung pflegebedürftiger Familienangehöriger zusammen, so werden alle Bestandteile dieser beruflichen Betätigung

zusammengenommen als Beruf zugrunde gelegt. Werden mehrere Berufe in Teilzeit nebeneinander ausgeübt, so werden alle Bestandteile dieser beruflichen Betätigungen zusammengenommen als Beruf zugrunde gelegt.

5. Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Mutterschutz, Elternzeit, Pflege von nahen Angehörigen, Sabbatical mit ruhendem Arbeitsverhältnis, passive Altersteilzeit, besteht Versicherungsschutz auf Grundlage der zuletzt ohne erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung vor Ausscheiden aus dem Beruf ausgeübten Tätigkeit und ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens.

Nur wenn die versicherte Person die Tätigkeit als Hausmann/frau dauerhaft aufgenommen hat, gilt dies als Berufswechsel und dann legen wir für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit die Tätigkeit als Hausfrau/mann zu Grunde.

6. Als Beruf gilt:
 - a) bei Hausfrauen und Hausmännern die Tätigkeit eines Hauswirtschafter;
 - b) bei Auszubildenden wird als versicherter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt. Dies gilt für die gesamte Dauer der Ausbildung;
 - c) bei Studenten an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule gilt bis zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als versicherter Beruf der mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums angestrebte Beruf.
7. Bei Schülern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist als Schüler am regulären Unterricht, so wie er zuletzt ohne erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat, teilzunehmen. Berufsunfähigkeit bei Schülern liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit konkret ausübt oder andere Schulform konkret besucht. Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform.

Zur Ermittlung der Berufsunfähigkeit bei Schülern berücksichtigen wir folgende Punkte:

- Ausstattung des Schulgebäudes;
 - kann der Schüler den Schulweg bewältigen sowie die erforderlichen Verkehrsmittel nutzen;
 - kann der Schüler dem Unterricht folgen (Aufnahmefähigkeit und Konzentration) und sich daran beteiligen (schriftlich und mündlich);
 - kann der Schüler die Hausaufgaben bewältigen.
8. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit brauchen Sie uns einen Wechsel oder das Ende der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person nicht anzuzeigen.
 9. Wird während der Laufzeit des Vertrages eine Meisterprüfung erfolgreich bestanden, kann eine Überprüfung der dem Vertrag zugrundeliegenden Berufsgruppe beantragt werden.

10. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise weiterhin als Selbstständiger nach einer Umorganisation innerhalb ihres Betriebes tätig sein könnte. Als selbstständig gilt, wer (Mit-) Inhaber der Organisationsgewalt über einen Betrieb ist (z. B. Freiberufler, Gewerbetreibende, sonstige Selbstständige, nicht sozialversicherungspflichtige Geschäftsführer). Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn der versicherten Person die Stellung als Betriebsinhaber erhalten bleibt, die Kosten für die Umorganisation zumutbar sind und sich die durch die Umorganisation ergebende Minderung des Gewinns vor Steuern auf höchstens 20 % bezogen auf den durchschnittlichen jährlichen Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre beläuft bzw. voraussichtlich belaufen wird. Zur Beurteilung der umorganisationsbedingten Minderung des Gewinns vor Steuern sind uns geeignete Unterlagen (z. B. Betriebswirtschaftliche Auswertung, Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, etc.) der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit einzureichen.
- In folgenden Fällen entfällt eine Prüfung auf Umorganisation:
- Der Selbstständige hat einen Hochschulabschluss und ist zu mindestens 90 % der durchschnittlichen Arbeitszeit kaufmännisch, planerisch, leitend oder organisatorisch tätig, oder
 - der Selbstständige beschäftigt in seinem Betrieb in den letzten zwei Jahren durchgehend weniger als 5 Mitarbeiter. Ausgenommen sind Praktikanten, Werkstudenten und Auszubildende.
11. Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern erfolgt keine Prüfung der Umorganisation des Arbeitsplatzes.
12. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % ist gegeben, wenn die in Nr. 1 genannten Voraussetzungen mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % erfüllt waren oder voraussichtlich erfüllt sein werden.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

13. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % wird auch bei Pflegebedürftigkeit angenommen. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich sein wird, dass sie für eine oder mehrere der in Nr. 14 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Im Falle von Pflegebedürftigkeit erbringen wir unsere Leistungen ebenfalls bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraumes. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
14. Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn wenigstens eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:
Die versicherte Person benötigt Hilfe beim
- a) Fortbewegen im Zimmer: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt;
 - b) Aufstehen und Zubettgehen: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann;
 - c) An- und Auskleiden: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann;
 - d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann;
 - e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen;
 - f) Verrichten der Notdurft: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.
 Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, und kann die versicherte Person diese Hilfsmittel selbstständig verwenden, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor.
15. Unabhängig von diesen Voraussetzungen liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann, oder die der Bewahrung bedarf.
Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.
16. Ebenso ist Pflegebedürftigkeit gegeben, wenn die versicherte Person an Demenz erkrankt ist. Es muss mindestens Schweregrad 5 („mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“) vorliegen, der über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermittelt wurde.
17. Vorübergehende akute Erkrankungen oder Besserungen sowie Unterbrechungen der Pflegebedürftigkeit werden bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit besteht oder fortbesteht, nicht berücksichtigt. Eine Erkrankung, Besserung oder Unterbrechung der Pflegebedürftigkeit gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

b) Arbeitsunfähigkeit

18. Arbeitsunfähigkeit liegt von Beginn der ersten Krankenschreibung vor, wenn
- die versicherte Person mindestens 4 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und
 - anschließend ein Facharzt bescheinigt, dass die versicherte Person voraussichtlich ununterbrochen bis zum Ende eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums arbeitsunfähig sein wird.
- Hat die Arbeitsunfähigkeit bereits sechs Monate ununterbrochen bestanden, genügt es, wenn eine der Krankmeldungen durch einen Facharzt bescheinigt worden ist.
19. Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden jeweils für den Zeitraum erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden. Eine bescheinigte voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit akzeptieren wir höchstens über einen Zeitraum von 2 Monaten.
20. Wenn für Ihren Vertrag Leistungseinschränkungen für Art und Umfang des Versicherungsschutzes vereinbart sind, gelten diese auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

§ 4 Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik im Rentenbezug vereinbart haben (optionale Leistung)?

1. Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig oder arbeitsunfähig (vgl. § 3) wird, erbringen wir folgende zusätzliche Leistung:
- Wir erhöhen Ihre Berufsunfähigkeits- bzw. Arbeitsunfähigkeitsrente nach § 1 jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres um den von Ihnen gewählten Prozentsatz, längstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Wir erhöhen die Rente erstmals zu dem auf den Beginn der Leistungspflicht folgenden Versicherungstichtag.
2. Wenn die versicherte Person nicht mehr berufs- oder arbeitsunfähig ist und wir die Leistung einstellen, gilt: Ihr Versicherungsschutz reduziert sich wieder auf die Höhe, bevor die versicherte Person berufsunfähig bzw. arbeitsunfähig wurde.

§ 5 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen, den Kapitalerträgen, dem Risikoergebnis und dem übrigen Ergebnis.

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten

wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung. Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

Weitere Überschüsse können aus den Erträgen der Kapitalanlagen entstehen. Von den anzurechnenden Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Aus den verbleibenden Mitteln wird die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer dotiert.

- b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden Berufsunfähigkeitsversicherungen, Risikoversicherungen, Kapitallebensversicherungen sowie die Rentenversicherungen eigenen Gruppen zugeordnet. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

- a) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband B45 in der Bestandsgruppe 114. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.
- b) Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Die Tarifikalkulation ist von den DAV-Tafeln 2021IM/F, 2021TI/M/F, 2021RI/M/F sowie 2021ATM/F abgeleitet. Hierbei werden aus den geschlechterspezifischen Tafeln unter Ansetzung von Mischungsverhältnissen für Männer bzw. Frauen geschlechtsunabhängige Unisex tafeln erzeugt. Als Rechnungszins wurde 1,0 % angesetzt.
- c) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung besteht die Überschussbeteiligung aus einem Sofortrabatt, der in Prozent des Bruttobeitrags gemäß Zahlweise bemessen wird. Die Zuteilung erfolgt in anteiliger Höhe gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr zu Beginn eines jeden Monats. Die innerhalb eines Zahlungsabschnitts fällig werdenden monatlichen Überschussanteile werden zu Beginn dieses Zahlungsabschnitts mit den Bruttobeiträgen verrechnet. Ein Rechtsanspruch auf die Überschussanteile entsteht allerdings erst mit ihrer Zuteilung. Beitragsfreie Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

3. Gewinngruppen

- a) Verträge in Anwartschaft mit Verrechnung
Wartezeit: keine
Risikoüberschuss: in Prozent des Jahresbeitrags
Überschussystem: Verrechnung
- b) Verträge im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit
Wartezeit: ein Jahr ab Ende des Versicherungsjahres
Zinsüberschuss: in Prozent der Deckungsrückstellung
Überschussystem: Rentenerhöhung

4. Überschussysteme

- a) Überschussystem Verrechnung
Die Überschüsse werden mit den Beiträgen verrechnet.
- b) Überschussystem Rentenerhöhung
Im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit werden die jährlich anfallenden Zinsüberschussanteile dazu verwendet, die jeweils fälligen Renten zu erhöhen.

5. Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (vgl. § 10 Nr. 3 und 4 und § 11).
2. Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser durch die Regelungen in Nr. 1 nicht berührt.

§ 7 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Verlängerung der Vertragslaufzeit und der Leistungsdauer ohne Gesundheitsprüfung möglich?

1. Sie können einmalig eine Verlängerung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung beantragen. Die Verlängerung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag. Mit der Verlängerung der Vertragslaufzeit erlischt das Recht auf weitere Verlängerungen dieses Vertrages.
Die Berufsunfähigkeitsversicherung darf um bis zu zwölf Jahre, längstens aber bis zum Endalter 67 und unter Berücksichtigung des Höchstalters bei dem aktuell ausgeübten Beruf, verlängert werden. Die Option der Verlängerung muss bis spätestens zum 40. Lebensjahr der versicherten Person in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragt werden.
2. Ihr Recht auf Verlängerung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, sobald die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit erfüllt sind.
3. Mit der Verlängerung ändert sich der Beitrag nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. In der Regel führt dies zu einer Erhöhung des Beitrages. Die Verlängerung wird zur nächsten Beitragsfälligkeit wirksam, nachdem uns Ihre Erklärung zur Verlängerung zugegangen ist.
4. Verlängerung der vereinbarten Versicherungsdauer bei Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung: Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung erhöht wird, können Sie beantragen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Versicherung um die Zeitspanne verlängert wird, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend. Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Verlängerungsoption sind:

- Sie beantragen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung,
- die versicherte Person darf bei der Beantragung der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 50 Jahre alt sein,
- bei Ihrer Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 63 Jahren vereinbart,
- Ihre Versicherung ist nicht beitragsfrei gestellt,
- die versicherte Person hat während der Laufzeit des Vertrags keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder teilweiser oder vollständiger Erwerbsminderung oder einer Grundfähigkeitsabsicherung erhalten und solche auch nicht beantragt,
- die versicherte Person war während der Laufzeit des Vertrags, höchstens in den zurückliegenden zehn Jahren vor Beantragung der Verlängerung der Versicherungsdauer nicht länger als sechs Monate ununterbrochen arbeitsunfähig erkrankt,
- bei der versicherten Person sind die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit bzw. die bedingungsgemäße Arbeitsunfähigkeit noch nicht erfüllt.

Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach den dann für die Vertragsverlängerung gültigen versicherungsrechtlichen Grundsätzen neu fest.

§ 8 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist. Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, außer wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, des Bundesgrenzschutzes oder einer staatlich anerkannten Hilfsorganisation im Auftrag der Bundesrepublik Deutschland mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen teilnimmt;
- b) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde. Wenn die versicherte Person diesen Strahlen berufsmäßig ausgesetzt ist, werden wir jedoch leisten;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Einfache und grob fahrlässige Verstöße sowie Delikte im Straßenverkehr sind davon nicht betroffen;

- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und dies mit einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistung nicht mehr gewährleistet ist.

§ 9 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.
2. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Nr. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
4. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

5. Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

6. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
7. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
8. Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 14 Nr. 4 bis 6).

Vertragsanpassung

9. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf die Möglichkeit der Vertragsanpassung bzw. der Vertragsbeendigung.
10. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

11. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.
12. Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
13. Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

14. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeh Entscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Nr. 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

15. Nr. 1 bis Nr. 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Nr. 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

16. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 10 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
2. Wenn Sie Ihre Beiträge vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen erhalten Sie hierfür einen entsprechenden Vorauszahlungsrabatt: 2 % bei vierteljährlicher, 3 % bei halbjährlicher und 5 % bei jährlicher Beitragszahlung.
3. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
4. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Nr. 3 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung

erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

5. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
6. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.
7. Sie können verlangen, dass die Beiträge bis zu 36 Monate gestundet werden, wenn seit Beginn der Versicherung zwölf Monate vergangen sind, die Beiträge für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden und ein Deckungskapital vorhanden ist, das der Höhe der gestundeten Beiträge zzgl. der Stundungszinsen entspricht. Für den Stundungszeitraum fallen Stundungszinsen an. Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) mit uns erforderlich. Nach Vereinbarung können Sie die nicht gezahlten Beiträge und Stundungszinsen in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen. Sofern ein Deckungskapital vorhanden ist, können die gestundeten Beiträge ganz oder teilweise mit dem Deckungskapital verrechnet werden. Hierdurch kann sich entweder die Berufsunfähigkeitsrente reduzieren oder der Beitrag erhöhen.
8. In Ergänzung zu Nr. 7 fallen bei einer Stundung aufgrund von Elternzeit keine Zinsen an. Die Elternzeit muss anhand passender Unterlagen nachgewiesen werden.

§ 11 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

1. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
2. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nicht-Zahlung nicht zu vertreten haben.
3. Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 12 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?

1. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der versicherten Person. Wenn die versicherte Person ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person Schüler(in) ist und ein Studium, eine Ausbildung oder eine Berufstätigkeit aufnimmt.
2. Folgende Voraussetzungen gelten:
 - a) Sie teilen uns den neuen Beruf der versicherten Person bzw. bei einem(r) Schüler(in) die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) mit.
 - b) Die versicherte Person übt den neuen Beruf seit mindestens sechs Monaten aus. Diese Voraussetzung muss nicht erfüllt sein, wenn die versicherte Person vor dem Wechsel Schüler(in) oder Student(in) war.
 - c) Dem neuen Beruf der versicherten Person liegt ein unbefristetes Arbeitsverhältnis zu Grunde.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen.

3. Sofern unsere Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel bzw. die Aufnahme eines Studiums, einer Ausbildung oder einer Berufstätigkeit zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Beitrag nach den Rechnungsgrundlagen, die seit Beginn des Vertrages gelten. Ansonsten führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter. Eine Schlechterstellung ist ausgeschlossen. Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren. Im Falle einer Beitragsreduzierung ist diese wirksam ab der nächsten Beitragsfälligkeit nach Meldungseingang gemäß Nr. 2 a).

Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Zuschläge und/oder Ausschlüsse unverändert bestehen.

§ 13 Können die Beiträge für diese Versicherung angehoben werden?

Wir werden von der Möglichkeit des § 163 Versicherungsgesetzes, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen die Beiträge für die Berufsunfähigkeitsversicherung anzuheben, keinen Gebrauch machen.

§ 14 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) kündigen.

2. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente unter einen Mindestbetrag von 25 € oder der Beitrag unter einen Mindestbetrag von 10 € sinkt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.

3. Mit der Kündigung erlischt die Versicherung. Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

4. Anstelle einer Kündigung nach Nr. 1 können Sie zum dort genannten Termin auch in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Berufsunfähigkeitsrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird.

Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen Abzug gemäß § 165 Abs. 2 in Verbindung mit § 169 Abs. 5 VVG sowie um rückständige Beiträge. Der Abzug beträgt 70 % des Deckungskapitals. Mit diesem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

5. Erreicht die nach Nr. 4 gebildete, beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente nicht eine monatliche Mindestrente von 25 €, erlischt die Versicherung.

6. Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Der für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht die Summe der eingezahlten Beiträge, da Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 15) sowie Verwaltungskosten und eine Risikodeckung finanziert werden müssen. Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie der Ihrem Angebot beigefügten Tabelle entnehmen.

Wiederinkraftsetzung

7. Wurde der Vertrag beitragsfrei gestellt, können Sie innerhalb von sechs Monaten ab der Zahlung des letzten Beitrages eine Wiederinkraftsetzung verlangen, sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist. Nach dieser Frist ist eine Wiederinkraftsetzung nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung der versicherten Person möglich. Dies kann zur Folge haben, dass der Vertrag nur zu geänderten Vertragsbedingungen weitergeführt werden kann. Ebenso ist eine Ablehnung der Wiederinkraftsetzung möglich.

8. Abweichend von Nr. 7 verzichten wir bei der Beitragsfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit auf die Gesundheitsprüfung bei Wiederinkraftsetzung wenn die Inkraftsetzung bei Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit innerhalb von 24 Monaten und bei Elternzeit innerhalb von 36 Monaten erfolgt. Dies gilt nur wenn Sie bereits bei Beitragsfreistellung die Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Elternzeit nachgewiesen haben und ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist.

§ 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

1. Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie Ihrem Angebot entnehmen.

2. Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

3. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.

4. Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages keine Beträge zur Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (siehe § 14). Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Ihrem Versicherungsschein bzw. Angebot beigefügten Tabelle entnehmen.

§ 16 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit verlangt werden?

1. Ohne die Mitwirkung des Versicherungsnehmers und die der versicherten Person können wir den Leistungsfall bzw. unsere Leistungspflicht nicht prüfen. Den Umfang der Pflichten (Obliegenheiten) haben wir im Folgenden geregelt. Sofern die versicherte Person nicht zugleich auch Versicherungsnehmer ist, gelten die Obliegenheiten auch für die versicherte Person. Die Folgen einer Verletzung der Obliegenheiten haben wir in § 19 aufgeführt.

Neben der Feststellung des Versicherungsfalls können wir auch die Wirksamkeit des Vertrages prüfen (siehe auch § 9). Auch hier sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet.

Um Sie bei der Beschaffung der erforderlichen Nachweise zu unterstützen, stellen wir Ihnen nach der Anmeldung des Versicherungsfalls einen umfassenden Fragebogen für Angestellte bzw. Selbstständige zur Verfügung. Dieser beinhaltet alle relevanten Fragen gemäß den folgenden Absätzen c, f und g.

Wenn Sie eine Leistung geltend machen, müssen Sie uns auf Verlangen und auf Ihre Kosten folgende Auskünfte erteilen und Unterlagen einreichen, bzw. bei deren Beschaffung mitwirken:

- a) Eine Schilderung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) aufgrund welcher Ursachen Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, oder eingeschränkt ist. Statt der versicherten Person kann diese Schilderung auch von einem Dritten abgegeben werden, der zur Auskunftserteilung berechtigt bzw. legitimiert ist (z.B. Versicherungsnehmer, Rechtsanwalt, Leistungsfallbegleiter, Versicherungsmakler oder –vermittler sowie Angehörige).

Bitte geben Sie uns jede einzelne Ursache und, soweit bekannt, vorliegende Diagnosen an, aufgrund derer Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann bzw. eingeschränkt ist. Die anzugebenden Ursachen können sich auch auf verschiedene Krankheitsbilder oder mehrere Gesundheitsstörungen beziehen. Über diese Ursachen und diese Diagnosen können Ihnen auch Ihre Ärzte, Krankenhäuser oder sonstige medizinische Behandler Auskunft geben, sofern Sie sich dort in medizinischer Behandlung befanden bzw. befinden.

Darüber hinaus benötigen wir noch folgende Angaben:

- Den Zeitpunkt, an dem erstmals eine gesundheitliche Beeinträchtigung aufgetreten ist, die die Ausübungen Ihrer beruflichen Tätigkeit verhindert oder eingeschränkt hat.
- Den Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Beschreibung von den ersten Anzeichen der Beeinträchtigungen oder dem Ereignis, welches zu den Beeinträchtigungen geführt hat bis hin zu dem Zeitpunkt, an dem Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden konnte bzw. eingeschränkt war).

- Eine Schilderung in Ihren eigenen Worten, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Ihre berufliche Tätigkeit auswirken (z.B. reduzierte Arbeitszeit bis hin zur Aufgabe der Tätigkeit, Einschränkungen Ihrer ausgeübten Teiltätigkeiten).

Mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in diesen Bedingungen sind immer die Beeinträchtigungen gemeint, aufgrund derer Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann oder eingeschränkt ist.

- b) Arztbriefe, ärztliche Berichte Ihrer behandelnden Ärzte sowie medizinischen Behandler (wie z.B. Psychotherapeuten), die Sie wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen behandelt haben, oder aktuell behandeln, benötigen wir in Textform. Dies gilt sowohl für ambulante als auch stationäre Behandlungen. Die Arztbriefe und die ärztlichen Berichte werden nur ab dem in Buchstabe a) genannten Zeitraum benötigt.

Die ärztlichen Berichte müssen folgende Informationen erhalten:

- Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Nennung jeder einzelnen Ursache, jedes einzelnen Ereignisses gemäß Absatz a)) bzw. jede Folge eines Ereignisses;
- Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Nennung des Zeitpunktes, an dem sich die versicherte Person erstmals wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung aufgrund der zuvor genannten Ursachen behandeln ließ);
- Diagnose/n der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en;
- durchgeführte ärztliche Behandlungen;
- Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Beschreibung von den ersten Anzeichen einer Beeinträchtigung oder dem Ereignis, welches zu der Beeinträchtigung geführt hat bis hin zu dem Zeitpunkt, an dem Ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden konnte oder eingeschränkt gewesen ist);
- voraussichtliche Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en (Prognose);
- Beurteilung der zeitlichen Einsatzfähigkeit der bisher ausgeübten Tätigkeiten, sofern dies dem Arzt möglich ist.

Hierbei unterstützen wir Sie gerne und fordern die erforderlichen ärztlichen Auskünfte direkt bei Ihren Ärzten an. Hierzu sind von Ihnen lediglich alle Ihre behandelnden Ärzte, Krankenhäuser und –anstalten, medizinische Behandler anzugeben und eine Schweigepflichtentbindung für die jeweilige Stelle zu erteilen.

- c) Eine detaillierte Schilderung von Ihnen als versicherte Person über Ihre beruflichen Tätigkeiten vor Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en. Bitte erstellen Sie dazu einen tabellarischen Stundenplan für jeden Arbeitstag in einer durchschnittlichen Arbeitswoche.

Die Schilderung sollte mindestens folgende Angaben beinhalten:

- Berufsbezeichnung/en;
- Stellung im Betrieb;
- Personalverantwortung (wenn ja für wieviel Mitarbeiter);
- Beginn und Ende eines Arbeitstages;
- Gesamtarbeitszeit (inkl. Pausen und Wegzeiten) pro Arbeitstag / Arbeitswoche / Arbeitsmonat;
- alle einzelnen Teiltätigkeiten (Einzelverrichtungen);
- Art der Ausübung der Einzelverrichtungen (z.B. Körperbelastung durch Heben von schweren Lasten; stehendes Arbeiten; extreme Belastungen, wie z.B. Hitze, Kälte, etc.);
- Angaben des Anteils an kaufmännischer Tätigkeit (z.B. Arbeiten am Schreibtisch), reisende Tätigkeit (z.B. Fahrten mit dem PKW im Außendienst), körperliche Tätigkeit (z.B. handwerkliche Tätigkeiten), künstlerische Tätigkeit (z.B. kreatives Arbeiten).

Bei selbstständig tätigen Personen sind zusätzlich anzugeben:

- Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer;
 - davon Anzahl der Arbeitnehmer mit Prokura oder Handlungsvollmacht;
 - Anzahl, Größe und Ausstattung der Betriebsstätte(n) und Filiale(n);
 - Darstellung, ob und ggfs. inwieweit durch betriebliche Veränderungen die bestehenden Leistungseinschränkungen der versicherten Person ausgeglichen werden können.
- d) Nachweise über die Höhe des Einkommens in den letzten 36 Monaten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en (zur Dokumentation der sozialen Stellung der versicherten Person) durch Vorlage von Lohn-/ Gehaltsabrechnungen für diesen Zeitraum. Ergänzend ist der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen.
- Bei selbstständig tätigen Personen sind die Jahresabschlüsse der letzten drei Wirtschaftsjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen.
- Bei freiberuflich tätigen Personen und sonstigen nicht bilanzierungspflichtigen Selbstständigen sind die Einnahme-Überschuss-Rechnungen der letzten drei Kalenderjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen.
- e) Sofern Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beantragt werden, ist uns zusätzlich ein Nachweis über den Pflegegrad von offizieller Stelle (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) vorzulegen. Sofern dieser Nachweis nicht vorliegt, ist alternativ eine Bestätigung der Einrichtung bzw. eine Stellungnahme der Person, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der erforderlichen Pflege einzureichen.

- f) Aufstellung aller Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person seit Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en ab dem in a) genannten Zeitpunkt in Behandlungen war, ist und künftig sein wird (soweit bekannt). Mit Angabe des Namens, der Anschrift und des Fachgebietes.

Darüber hinaus benötigen wir die Angabe anderer Versicherungsgesellschaften, bei denen die versicherte Person ebenfalls gegen Berufsunfähigkeit versichert ist, Unfallversicherer (sofern die gesundheitliche/n Beeinträchtigung/en durch einen Unfall verursacht wurden), private und gesetzliche Krankenversicherer, Berufsgenossenschaften (sofern die gesundheitliche/n Beeinträchtigung/en auf einer Berufskrankheit beruhen könnten), der Sozialversicherung und dem Versorgungsamt.

- g) Angaben zum Beruf (siehe Absatz c) und zum beruflichen Werdegang (z.B. Schulausbildung, Ausbildung, Tätigkeiten im bisherigen Berufsleben). Diese Angaben benötigen wir, um die konkrete Verweisung prüfen zu können.
- h) Werden Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten beantragt, ist uns die durchgehende Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage von AU-Bescheinigungen nachzuweisen. Die Bescheinigungen müssen Angaben zu Beginn und Dauer der Krankschreibung sowie zu der bzw. den zugrundeliegenden Diagnosen entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel entsprechen der jeweils geltenden internationalen Klassifikation –ICD) enthalten. Wir sind dazu berechtigt weitere Informationen und Auskünfte einzufordern, wenn die Krankschreibung außerhalb der EU ausgestellt wurde.
- Die ärztlichen Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit müssen der Form entsprechen, wie Sie in § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz vorgesehen sind oder gleichwertige Atteste sein, wovon zumindestens eine Bescheinigung von einem für die Erkrankung zuständigen dem jeweiligem Fachspezialisten ausgestellt sein muss.
- i) Neben den unter § 16 geregelten Auskunftspflichten im Zusammenhang mit der Prüfung eines Leistungsanspruches kann eine weitergehende Auskunftspflicht nach § 9 Abs. 1 bestehen.

2. Wir können zusätzlich auf unsere Kosten maximal eine ärztliche Untersuchung je medizinischer Fachrichtung durch von uns beauftragte Ärzte, Psychotherapeuten für die neuropsychologische Zusatztestung bzw. Gutachter innerhalb von 12 Monaten verlangen, um festzustellen, welche Leistungseinschränkungen im Einzelnen vorliegen. Sollte sich die versicherte Person im Ausland aufhalten, übernehmen wir die Reise- und Unterbringungskosten für Untersuchungen in Deutschland in angemessener Höhe. Angemessen bedeutet für uns zum Beispiel:

- ein Zugticket in der zweiten Klasse,
- bei Anreise mit dem eigenen PKW: Abrechnung der gefahrenen Kilometer mit der dann gültigen Entfernungspauschale,

- Unterbringung in einem Mittelklassehotel.

Dies gilt nur, wenn nach Prüfung der uns bis dahin vorliegenden medizinischen Unterlagen eine Entscheidung über den Leistungsantrag nicht möglich ist. In diesem Fall ist die versicherte Person verpflichtet uns zu ermächtigen, die vorliegenden Informationen über den Vertragsinhalt, den Beruf und die Gesundheitsdaten an den medizinischen Gutachter zu übermitteln. Ferner ist der Gutachter auch uns gegenüber schriftlich von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

- Zumutbare Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Zumutbar sind:
 - die Verwendung verordneter Heil- oder Hilfsmittel, z.B. der Gebrauch einer Seh- oder Hörhilfe und von Prothesen;
 - Maßnahmen, die nicht mit besonderen Schmerzen oder Gefahren verbunden sind sowie sichere Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bieten. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.
- Zum Nachweis des Eintritts einer schweren Krankheit eines Kindes der versicherten Person, sind uns ausführliche ärztliche Berichte mit Diagnosen über Beginn, Art und Verlauf der schweren Erkrankung des Kindes durch die versicherte Person bzw. den Versicherungsnehmer zu übersenden. Wir behalten uns vor, weitere Unterlagen anzufordern.

§ 17 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- Nach Prüfung der bei uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder weitere Unterlagen für die Prüfung anzufordern oder Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z. B. ein neutrales Gutachten) einleiten werden. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen zeitnah anfordern.
- Wir können in sachlich begründeten Ausnahmefällen einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob der Versicherte berufsunfähig im Sinne von § 3 ist. Die Dauer des mit zeitlicher Begrenzung ausgesprochenen Anerkenntnisses darf insgesamt zwölf Monate nicht überschreiten. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden nicht zurückgefordert, auch wenn später kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entsteht. Die Kosten, die für die Überprüfung der weiteren Fortdauer des Leistungsanspruches entstehen, werden von uns übernommen.

§ 18 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3, ihren Grad, die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dies gilt jedoch nicht für die Dauer des zeitlich begrenzten Anerkenntnisses nach § 17 Nr. 2.
- Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 16 Nr. 2 bis 4 gelten entsprechend.
- Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, bzw. sind bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Voraussetzungen des § 3 Nr. 13 bis 16 entfallen, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam, frühestens aber nach sechs Monaten ab Beginn unserer Leistungspflicht. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 19 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 16 oder § 18 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 20 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 21 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente erfolgt an die versicherte Person. Eine Änderung dieses Bezugsrechts während der Laufzeit des Vertrages ist nicht möglich.
2. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 22 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

1. Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen – soweit in diesen Bedingungen nicht anders geregelt – stets in Textform erfolgen. Bitte richten Sie alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen an unsere Hauptverwaltung.
2. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns auch in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Nr. 1 entsprechend.

§ 24 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

1. Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d.h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
2. Notwendige Informationen im Sinne von Nr. 1 sind derzeit alle Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

§ 25 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

1. Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag in Rechnung stellen.

Dies gilt beispielsweise bei:

- Ausfertigung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheines;
 - schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
 - Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 37 und 38 VVG);
 - Rückläufeln im Lastschriftverfahren;
 - Angebotserstellung von Vertragsänderungen und deren Durchführung;
 - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen.
2. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 26 Welche Sanktionen führen zum Ausschluss des Versicherungsschutzes?

1. Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz und Anspruch auf jegliche Leistungen nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, der Vereinten Nationen oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
2. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika und des Vereinigten Königreichs, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 27 Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

1. Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, das zum Antrag gehörende Angebot inkl. Modellrechnung, der Versicherungsschein, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gegebenenfalls für Ihren Vertrag geltenden Besonderen Versicherungsbedingungen. Für den Vertrag gelten die Rechnungsgrundlagen unseres Tarifwerkes bei Vertragsabschluss.
2. Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
3. Wir als Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), D-53117 Bonn, Graurheindorfer Str. 108.

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
4. Sind Ihr Wohnsitz oder Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

§ 29 Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren stehen zur Verfügung?

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, können Sie sich gerne an uns wenden. Dies gibt uns die Möglichkeit, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie unter Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, D-10006 Berlin oder im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de.

Generell steht Ihnen auch die BaFin als zuständige Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung. Die Anschrift der BaFin finden Sie unter § 27 Nr. 3.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

II Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit Nachteilen verbunden.

- Im Falle einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert. Auch die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
- Im Falle einer Beitragsfreistellung stehen nicht unbedingt Mittel in der Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden und der in den Allgemeinen Bedingungen erwähnte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderung der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus versicherten Personen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

III Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Berufsunfähigkeitsversicherung

1. Tritt bei der versicherten Person eines der in Nr. 2 aufgeführten Ereignisse ein, so haben Sie das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses die zuletzt vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Die Berechnung der Nachversicherung erfolgt auf Basis des im Vertrag aktuell zugrunde gelegten Berufes. Hobbys und Freizeitaktivitäten werden im Rahmen der Nachversicherung nicht erneut geprüft. Zwischenzeitlich aufgetretene Erkrankungen oder aufgenommene Freizeitaktivitäten können somit nicht zu einer Beitragserhöhung führen. Es erfolgt lediglich eine finanzielle Angemessenheitsprüfung. Jede einzelne Nachversicherung gemäß Nr. 2 und Nr. 3 gilt für sich als Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags mit den dann gültigen Versicherungsbedingungen, Tarifen und gesetzlichen Bestimmungen.
2. Ereignisse, die das Recht zur Inanspruchnahme einer Nachversicherung begründen, sind:
 - Erreichen der Volljährigkeit;
 - Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
 - Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
 - Tod des erwerbstätigen Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners;
 - Geburt oder Adoption eines Kindes;
 - Wechsel von einer mindestens seit einem Jahr laufenden Teilzeittätigkeit oder einem befristeten Arbeitsverhältnis auf eine unbefristete Vollzeitstelle;
 - erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung, eines Hochschulstudiums oder einer Höherqualifikation (z.B. Meisterprüfung, Fachwirt, Facharzt-Anerkennung, Promotion);
 - bei Abschluss eines Hochschulstudiums und Beginn einer beruflichen Tätigkeit, die dieses Studium typischer Weise voraussetzen, gibt es eine einmalige Erhöhungsmöglichkeit um bis zu 100 %. Dies muss innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis angezeigt werden. Zu diesem Zeitpunkt der Erhöhung darf die versicherte Person das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Wenn dieser Nachversicherungsanlass voll genutzt wird, so sind weitere Nachversicherungen ohne erneute Gesundheitsprüfung nicht mehr möglich, da insgesamt während der gesamten Vertragslaufzeit nur eine Erhöhung von 100 % der anfänglichen vereinbarten Rentenhöhe möglich ist.
 - Erstmaliger Beginn einer Berufsausbildung oder eines Hochschulstudiums (Vollzeit). Eine Erhöhung von bis zu 50 % der anfänglichen vereinbarten Rentenhöhe ist möglich, maximal kann aus diesem Anlass auf 1.500 € Monatsrente erhöht werden. Sollte die versicherte Monatsrente nach Erhöhung insgesamt über 1.000 € liegen, muss eine Dynamik (falls vorher vereinbart) ausgeschlossen werden;

- erstmaliger Auszug aus der elterlichen Wohnung;
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten durch das Jahreseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit;
- Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei Freiberuflern und Selbstständigen;
- Wegfall oder Reduzierung der Berufsunfähigkeitsrente aus einem berufsständigen Versorgungswerk;
- bei Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % im Vergleich zu den letzten zwölf Monaten vor der Erhöhung (jeweils ohne Berücksichtigung von Sonderzahlungen, Bonuszahlungen oder Tantiemen). Bei beruflich Selbstständigen: Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern des letzten Kalenderjahres um mindestens 25 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der zwei davorliegenden Kalenderjahre.
- Wegfall oder Reduzierung der betrieblichen Altersversorgung, z. B. bei Arbeitgeberwechsel in eine vergleichbare oder bessere Position;
- erstmaliger Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit, falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;
- Aufnahme eines Darlehens in Höhe von mindestens 50.000 € zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehepartner.

Das Vorliegen dieser Ereignisse ist uns durch entsprechende Unterlagen (z. B. Urkunden) nachzuweisen.

3. Bis fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn kann die Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung auch unabhängig von einem bestimmten Ereignis ausgeübt werden. Diese Option endet, wenn die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet hat.
4. Eine Nachversicherung ist nur zulässig, wenn die jährliche Rente hierdurch um mindestens 600 € erhöht wird. Bei Eintritt eines jeden der in Nr. 2 aufgeführten Ereignisse darf (sofern nicht abweichend in dem Ereignis beschrieben) die Jahresrente um bis zu 25 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente erhöht werden. Die Erhöhungen der jährlichen Renten im Rahmen der Nachversicherungsgarantie dürfen während der Versicherungsdauer insgesamt höchstens 100 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente betragen; die versicherte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen darf hierbei 36.000 € nicht überschreiten.

Voraussetzung für die Zulässigkeit jeder einzelnen Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ist, dass nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf den Versicherten bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d.h. das letzte jährliche Nettoeinkommen der versicherten Person nicht übersteigt. Wir haben das Recht, diese Voraussetzung zu überprüfen.

5. Die Nachversicherung bewirkt eine Beitragserhöhung, deren Höhe sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person), der Laufzeit der Nachversicherung und nach der Risikoeinstufung des abgeschlossenen Vertrages errechnet.
6. Sofern die Voraussetzungen für die Nachversicherung vorliegen, tritt der erhöhte Versicherungsschutz zu Beginn der nächsten Versicherungsperiode nach Beantragung der Nachversicherung in Kraft. Der erhöhte Versicherungsschutz erstreckt sich längstens bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Versicherungsdauer der ursprünglichen Berufsunfähigkeitsversicherung endet.
7. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn
 - bei einem unter Nr. 2 beschriebenen Ereignis die versicherte Person das 50. Lebensjahr bzw. gemäß Nr. 3 das 40. Lebensjahr vollendet hat oder
 - eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“ vorliegt oder
 - zum Zeitpunkt der Erhöhung die versicherte Person arbeitsunfähig krankgeschrieben ist oder
 - zum Zeitpunkt der Erhöhung die Voraussetzungen für die Berufsunfähigkeit erfüllt sind.

Nach Meldung eines Leistungsfalles werden bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht keine Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherung durchgeführt. Sofern eine Berufsunfähigkeit anerkannt wird, entfällt eine nach Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgeführte Erhöhung im Rahmen der Nachversicherung rückwirkend.

IV Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sofern für Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung eine planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart wurde (Dynamikplan), gelten für unser Vertragsverhältnis zusätzlich die nachfolgenden Besonderen Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen sinngemäß Anwendung.

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. In Ihrem Versicherungsschein ist im Einzelnen vereinbart, nach welchem der folgenden Maßstäbe sich die Beiträge bzw. die Versicherungsleistungen Ihrer Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Es bestehen folgende Möglichkeiten:
 - a) der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags;

- b) die Versicherungsleistungen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz der zuletzt gültigen Rente angehoben.
2. Die Beitragserhöhung (Nr. 1 a)) bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine nach Nr. 1 b) vorgenommene Erhöhung der Versicherungsleistungen ist mit einer entsprechenden Beitragserhöhung verbunden.
3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht mehr, wenn die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person) von 65 Jahren erreicht hat.
4. Ist die versicherte Person bei Vertragsabschluss Schüler, Auszubildender oder Student, dann besteht das Recht, nach Abschluss eines Studiums beziehungsweise nach Abschluss einer Berufsausbildung eine Beitragsdynamik einzuschließen oder eine bestehende Beitragsdynamik zu erhöhen. Zu diesem Zeitpunkt des Dynamikeinschlusses bzw. der Dynamikerhöhung darf die versicherte Person das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und muss berufstätig sein. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung bezüglich Gesundheit, Hobbys oder Beruf vor. Es erfolgt lediglich eine Prüfung der finanziellen Angemessenheit. Hierfür sind geeignete Nachweise wie Gehaltsabrechnungen bzw. Steuererklärungen vorzulegen. Es können alle Dynamikmodelle und Prozentsätze gewählt werden, die nach unseren zu diesem Zeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien zulässig sind.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres.
2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmebedingungen. Entsprechendes gilt für die Berechnung der Beitragserhöhungen, wenn die Versicherungsleistungen jährlich um einen vereinbarten Prozentsatz angehoben werden. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph „Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?“ der Allgemeinen Bedingungen.
2. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Allgemeinen Bedingungen bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut in Lauf.
3. Im Hinblick auf die Überschussbeteiligung gelten die getroffenen Vereinbarungen der zugrunde liegenden Hauptversicherung. Die Erhöhungen werden hierbei wie neu abgeschlossene Verträge behandelt, deren Versicherungs- bzw. Leistungsdauer jeweils gleich der restlichen Versicherungs- bzw. Leistungsdauer der Grundversicherung ist.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sie können von Ihrem Recht auf Aussetzung der Erhöhungsmöglichkeit beliebig oft Gebrauch machen, ohne dass Ihr Recht auf weitere Erhöhungen erlischt.
4. Solange wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt, erfolgen keine Erhöhungen.

V Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Definition der versicherten schweren Erkrankungen eines minderjährigen Kindes

Nachfolgend beschreiben wir die Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person.

Wir erbringen eine Leistung gemäß § 1 Nr. 23, falls bei einem Kind der versicherten Person eine der folgenden schweren Krankheiten eintritt:

1. Krebs

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes, infiltrierendes und invasives Wachstum gekennzeichnet ist, also die Tendenz, in anderes Gewebe einzudringen und Tochtergeschwülste (Metastasen) zu bilden. Dazu zählen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die ärztliche Diagnose muss durch Vorlage eines histologischen oder zytologischen Befundes mit genauer Nennung des Tumorstadiums nachgewiesen sein.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die nachfolgenden Frühformen und Vorstadien von Krebserkrankungen:

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
- Frühformen der Leukämie (außer der Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt.
- Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
- Carcinoma-in-situ oder prae-maligne Formen.
- Frühformen des Muttermundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
- Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
- Frühformen des Schilddrüsenkrebses oder Blasenkrebses als papilläre Mikrokarzinome.

2. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit im Sinne der Bedingungen ist der dauerhafte, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernde und nicht mehr behebbare Nachlassen der Hörfähigkeit für alle Schallreize im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes, also zwischen 1 und 3 kHz, unterhalb von 60 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 60 Dezibel gehört werden könnten. Der Nachweis ist mittels Tonaudigramm (Knochenleitung) zu führen.

3. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)

Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, oder aber Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) zur Folge haben. Art, Ausmaß und Umfang der Beeinträchtigung sind durch einen Arzt für Neurologie oder Psychiatrie nachzuweisen.

4. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)

Hirngewebeentzündung im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, evtl. mit Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis) die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn das Kind der versicherten Person nicht HIV-infiziert ist und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, oder aber Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) zur Folge haben. Art, Ausmaß und Umfang der Beeinträchtigung sind durch einen Arzt für Neurologie oder Psychiatrie nachzuweisen.

5. Lähmung

Lähmung im Sinne der Bedingungen ist die vollständige und der dauerhafte Funktionsverlust von Gliedmaßen als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn der Funktionsverlust mindestens zwei Arme oder zwei Beine oberhalb des Hand- oder Sprunggelenks betrifft oder eine Körperhälfte vollständig und dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, gelähmt ist und keine Aussicht auf Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit besteht.

6. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Kinderlähmung im Sinne der Bedingungen ist eine schwere Infektion durch das Poliovirus, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung entweder der Atemmuskulatur oder der Muskulatur des Bewegungsapparates geführt hat. Die Diagnose und der Umfang der neurologischen Einschränkungen müssen durch einen Facharztbericht nachgewiesen werden.

7. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)

Ein gutartiger bzw. benigner Gehirntumor im Sinne der Bedingungen ist ein nicht bösartiger, also nicht durch invasive und infiltrative Wachstumstendenz gekennzeichneter, Tumor des Gehirns. Das versicherte Ereignis tritt ein, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors wie z. B. am Sehnerven das Papilloedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder Beeinträchtigungen der Bewegung (motorische) oder der Empfindung (sensorische) nachweisbar sind und eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist und uns nachgewiesen wird:

- Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.

Zysten, Verkalkungen, Granulome, Abszesse, Gefäßfehlbildungen der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

8. Blindheit

Blindheit im Sinne der Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, irreversible, nicht therapierbare Verlust der Sehschärfe (Visus) beider Augen als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls, der auch durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel nicht ausgeglichen werden kann. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die Sehschärfe auf dem besseren Auge (unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln) nicht mehr als 6/60 oder 20/200 beträgt oder das Gesichtsfeld auf beiden Augen auf maximal 20° beschränkt ist.

9. Verlust von Gliedmaßen

Verlust von Gliedmaßen im Sinne der Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

10. Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Als schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen im Sinne der Bedingungen werden Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen dritten Grades von mindestens 20 % der Körperoberfläche bezeichnet, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die Neuner-Regel, bzw. je nach Alter, die modifizierte Neuner-Regel für Kinder.

11. Schwere Kopfverletzung

Eine Schwere Kopfverletzung im Sinne der Bedingungen ist eine durch einen Unfall verursachte Kopfverletzung, die durch äußere Krafteinwirkung herbeigeführt wurde. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgende Bedingung erfüllt ist und uns nachgewiesen wird.

Die Schwere Kopfverletzung muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

12. Koma

Es liegt eine schwere Funktionseinschränkung des Gehirns mit einem Punktwert von höchstens acht Punkten nach dem Glasgow-Coma-Scale zur Anwendung bei Kindern für die Dauer von mindestens einer Woche vor.

Ein „Künstliches Koma“ (Langzeitnarkose aus therapeutischen Gründen oder zur Verlängerung des ursprünglichen Zustands), gilt nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

13. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne der Bedingungen bedeutet, dass das Kind der versicherten Person dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage ist, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren. Der Verlust der Sprache gilt erst ab dem vollendeten dritten Lebensjahr als versichert. Nicht versichert ist der Verlust der Sprache bei Entwicklungsstörungen oder psychischen Störungen.